

Poradnik dla pacjentów

Depresja

dr Paweł Brudkiewicz

Poradnik dla pacjentów

Depresja

dr Paweł Brudkiewicz

Lundbeck

Depresja jest powszechnym i realnym problemem medycznym, a jej objawy wpływają niekorzystnie na wiele obszarów życia cierpiącego na nią człowieka. Może ona prowadzić do wielu powikłań zdrowotnych, psychologicznych, rodzinnych, zawodowych i innych. A tymczasem jest to zaburzenie coraz lepiej poznane, wobec którego dysponujemy efektywnymi i zaawansowanymi sposobami leczenia.

Należy odróżniać depresję od naturalnych spadków nastroju (stanów smutku) występujących w reakcji na niepowodzenia i inne przykre zdarzenia, kiedy to objawy depresyjne zwykle dość szybko ustępują. Trzeba więc pamiętać, iż **żeby rozpoznać kliniczną depresję**, konieczne jest spełnienie podstawowych warunków:

Odpowiednie objawy wchodzące w skład kryteriów diagnostycznych powinny utrzymywać się, przez co najmniej 2 tygodnie,

Obecność tych objawów zaburza codzienne funkcjonowanie pacjenta i wywołuje u nich dyskomfort/cierpienie psychiczne.



Rozpoznanie depresji jest wskazaniem do leczenia, które obecnie zwykle jest bezpieczne i skuteczne. Zazwyczaj polega ono na zastosowaniu odpowiednio dobranych leków przeciwdepresyjnych i/lub psychoterapii. Leczenie powinno być również odpowiednio długo kontynuowane po ustąpieniu objawów, tak aby ten stan remisji (brak objawów depresyjnych i powrót do normalnego funkcjonowania sprzed choroby) mógł się odpowiednio utrwalić. Czas takiego leczenia zależy od wielu czynników i optymalnie, aby był uzgadniany z lekarzem psychiatrą. U części osób depresja ma charakter nawracający, a wtedy wskazana może być bezterminowa farmakoterapia – podobnie jak w przypadku innych przewlekłych chorób (np. w przypadku cukrzycy). Postępowanie takie jest obecnie równie bezpieczne jak wieloletnie leczenie nadciśnienia tętniczego czy cukrzycy, a leki przeciwdepresyjne nie uzależniają i trwale poprawiają całościowe samopoczucie i funkcjonowanie. Dzięki takiej strategii unika się, czasami dewastujących, nawrotów choroby, a równocześnie zwiększa się, jakość życia i bezpieczeństwo danej osoby w zakresie innych parametrów zdrowotnych.

Zapamiętaj:

Leki przeciwdepresyjne nie uzależniają, a ich stosowanie (nawet długoterminowe) zwykle jest bezpieczne

Odpowiednie i zindywidualizowane leczenie jest najczęściej zdecydowanie korzystniejsze dla zdrowia niż utrzymujący się stan depresyjny

Choć depresja jest powszechnym zaburzeniem, nadal – na szczęście coraz rzadziej – zdarzają się nieracjonalne i nieuzasadnione danymi naukowymi postawy wobec tego problemu. Fakty są jednak takie, że depresja jest realną chorobą, którą można i należy leczyć. Niektórzy postrzegają depresję, jako przejaw słabości i jest dla nich stygmatyzująca. A tymczasem na chorobę tę cierpiało wielu sławnych i znaczących w świecie ludzi, jak np.: Justyna Kowalczyk, Lindsey Vonn, Angelina Jolie, Jim Carrey, J.K. Rowling, Tomasz Jastrun, Danuta Stenka, Maria Peszek, Kora Jackowska i inni.

Z tymi mitami wiążą się również nieprawidłowe (i niesprawiedliwe) postawy wobec osób chorych na depresję – tych osób, które realnie wymagają wsparcia i opieki. Najczęściej nie są one w stanie sprostać obowiązkom, które wcześniej były dla nich łatwe. To nie lenistwo ani wybór – to prawdziwe i realne ograniczenie. Osoby te również faktycznie cierpią (choć czasami nie pokazują tego po sobie), a adekwatne leczenie i wsparcie może im przynieść ulgę. Z kolei odsuwanie się od nich czy nieadekwatne wypowiedzi (nawet, jeśli

pojawiające się z dobrej woli), nasilają frustrację i cierpienie, osłabiają motywację do leczenia i utrudniają powrót do zdrowia.

Zrozumienie faktu, iż objawy depresji to symptomy realnej choroby, może ułatwić akceptację tego, że potrzebna jest pomoc, najczęściej też profesjonalna. Obecnie nie ma żadnego medycznego uzasadnienia, by nie leczyć osoby z depresją, w przypadku, gdy są do tego wskazania.



Jak rozmawiać z osobą chorą na depresję

Co warto mówić

Jestem z Tobą

Jestem tu dla Ciebie

Jesteś dla mnie ważny

Kocham Cię
(pod warunkiem, że to jest prawda)

Nie opuszczę Cię

Masz moje wsparcie

Nie jesteś sam
– przetrwamy to razem

Nie oszalałeś

Nie oszalejesz

Nie martw się,
że w jakikolwiek
sposób mnie ranisz.

Chcesz się przytulić?
Bądźmy blisko/razem

Przykro mi, że tak cierpisz

Czego unikać

Weź się w garść

Brakuje Ci zajęcia

Inni mają gorzej

Inni jakoś żyją

Daj spokój, przesadzasz

Wymyśliłeś to sobie

Wyjdź do ludzi, rusz się

Uśmiechnij się

Jesteś psychiczny,
trafisz do szpitala

Nie rób mi tego

Nie mogę patrzeć,
jak się męczysz

Ogarnij się, idź pobiegać

Znajdź sobie zajęcie

Nie użalaj się nad sobą

Nikt nie mówił,
że będzie łatwo

Wiem, co czujesz

Mnie też nie jest łatwo

Jakie są przyczyny depresji?

Wśród przyczyn depresji uwzględnia się obecnie następujące – często współwystępujące i wzajemnie zależne – czynniki:

Biologiczne (czyli np.: genetyczne i zależne od działania neuroprzekaźników w mózgu, ogólnego stanu zdrowia i obecności różnych chorób, nadużywania substancji psychoaktywnych),

Psychologiczne (czyli związane z poważnymi, powtarzalnymi stresującymi zdarzeniami życiowymi i nieoptymalnymi sposobami radzenia sobie z nimi oraz z obciążającymi, „toksycznymi" relacjami),

Społeczne i kulturowe (np. osamotnienie i brak wsparcia społecznego, bezrobocie, ubóstwo i inne).

Pamiętaj:

Nie ponosisz winy za wystąpienie depresji u Ciebie! Ona może dotyczyć każdego.

Niektórzy są na nią bardziej podatni (np. genetycznie), a wówczas objawy depresji mogą się rozwinąć bez widocznego czynnika sprawczego.

Depresja może się również rozwinąć w reakcji na obciążające i stresujące wydarzenia życiowe zwłaszcza, gdy są bardzo trudne i powtarzające się. Przykładami są problemy w związku, w pracy, utraty bliskich itp. Niejednokrotnie powyższe czynniki współwystępują, ale same w sobie nie są powodem by nie szukać pomocy i nie podejmować leczenia.

Depresja częściej występuje u kobiet, a okresami szczególnie narażonymi na jej wystąpienie jest okres okołoporodowy i przekwitania (menopauza). Kobiety te wymagają szczególnej czujności diagnostycznej.

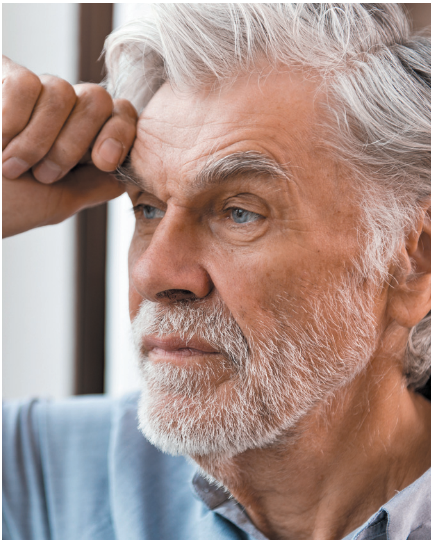
Ryzyko depresji jest też większe w przebiegu niektórych chorób ogólnomedycznych, a w szczególności: chorób serca i krążenia, zaawansowanych chorób płuc, chorób onkologicznych, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, udarów oraz zaburzeń otępiennych. Również niektóre leki stosowane w medycynie ogólnej mogą zwiększać ryzyko wystąpienia depresji, wymienia się tu m.in.: steroidy, niektóre leki kardiologiczne (np. beta-blokery), pochodne benzodiazepiny i inne.

Współwystępowanie depresji i chorób ogólnomedycznych, jest wskazaniem do intensywnego i wielospecjalistycznego leczenia obu stanów, gdyż ich obecność niekorzystnie wzajemnie na siebie wpływa, zarówno pod kątem odpowiedzi na leczenie jak i rokowania. Odpowiednia współpraca lekarzy innych specjalności z psychiatrami i psychologami jest najczęściej szansą na poprawę w zakresie zdrowia somatycznego i psychicznego.

Konieczne jest też wykluczenie nierozpoznanych wcześniej chorób mogących wywoływać objawy podobne do depresji, na przykład takie jak niedoczynność tarczycy czy przytarczyc, niektóre niedobory witaminowe, wczesne postacie otępienia i inne.

Należy ponadto odróżniać **depresję jednobiegunową** od innego zaburzenia, w którym zwykle stany depresyjne są obrazem dominującym, a mianowicie – **zaburzenia afektywnego dwubiegunowego**. W tym drugim przypadku – poza objawami i okresami depresyjnymi – występują epizody (czasami dyskretne i krótkotrwałe) nadmiernie dobrego nastroju i energii, zwiększonej aktywności, kreatywności, towarzyskości i seksualności, ze zmniejszonym zapotrzebowaniem na sen (tzw. hipomania lub mania). Jest to o tyle ważne, iż zaburzenie to wymaga innego leczenia niż omawiana w poradniku depresja jednobiegunowa.

dr Paweł Brudkiewicz



Depresja, leczyć czy nie leczyć?

U części osób doświadczających depresji dochodzi do samoistnej poprawy w zakresie objawów zaburzenia mimo braku leczenia. Może to jednak trwać wiele miesięcy (lub nawet dłużej), co może oznaczać wiele miesięcy życia z obciążającymi (czasami też bliskich) objawami depresyjnymi i związanymi z tym: cierpieniem i trudnościami w funkcjonowaniu. W wyniku tego może dojść do istotnych problemów np. w obszarze pracy czy w relacjach z ludźmi. Brak formalnego leczenia zwiększa też ryzyko podjęcia tzw. „samoleczenia", czyli np. nadużywania uzależniających leków, alkoholu czy innych szkodliwych substancji (np. narkotyków). Wyniki badań i praktyka kliniczna wskazują ponadto, że brak odpowiedniej terapii epizodu depresyjnego, zwiększa ryzyko nawrotów objawów depresyjnych. Obecnie istnieje wiele przekonujących danych medycznych, wspierających intensywne leczenie depresji, gdy spełnione są kryteria diagnostyczne tego stanu i wskazania do podjęcia terapii. Z powyższych powodów wielu pacjentów decyduje się na konsultację psychiatryczną, a skłonność do leczenia depresji w społeczeństwie rośnie.

Jakie są objawy depresji?

Kluczowe objawy depresji to: **uporczywy smutek** lub **obniżony nastrój** (z ewentualną płaczliwością) i **utrata zainteresowań** i/lub **odczuwania przyjemności** (anhedonia).

Inne typowe objawy depresji (należące do kryteriów diagnostycznych) to:

Deficyt energii i męczliwość – codzienne, dotychczas „normalne" aktywności stają się nieadekwatnie męczące, wymagają szczególnej mobilizacji, a czasami ich wykonanie staje się bardzo trudne, a wręcz niemożliwe,

Pogorszenie koncentracji uwagi i trudności z podejmowaniem decyzji; np. trudności w pracy i nauce, wycofywanie się z aktywności z powodu niezdecydowania i lęku przed niepowodzeniem,

Zaburzenia rytmów dobowych, pod postacią nadmiernej senności (może występować także w ciągu dnia) jak i deficytu snu (np. wczesne wybudzenia rano, niemożność zaśnięcia),

Zaburzenia apetytu, pod postacią jego osłabienia (czasami z utratą masy ciała) lub nadmiernego apetytu (ze wzrostem masy ciała),

Pobudzenie (zwłaszcza przy współwystępowaniu nasilonego lęku) lub **spowolnienie psychoruchowe**,

Poczucie bycia bezwartościowym, nadmierne lub nieadekwatne poczucie winy, nieuzasadnione faktami pesymistyczne myślenie,

Nawracające myśli o śmierci, zainteresowanie umieraniem, myśli nihilistyczne (np. „nie ma po co żyć", „lepiej byłoby się nie obudzić" i inne). Czasami mogą się rozwinąć **myśli i zamiary samobójcze**.

Epizod depresji rozpoznaje się u osób, u których występuje, co **najmniej 5 spośród powyższych objawów, powodują one cierpienie lub upośledzają prawidłowe funkcjonowanie, a objawy występują przez większość dnia i przez większość dni w tygodniu oraz przez co najmniej 2 tygodnie**.

Konieczne jest wykluczenie medycznych lub farmakologicznych przyczyn tych objawów (np. niedoczynność tarczycy) oraz przyczyn związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (np. alkoholu). Warto jednak podkreślić, że depresja może czasami współwystępować z chorobami somatycznymi, a osoby cierpiące na tą chorobę mogą nadużywać alkoholu w celu „samoleczenia" objawów depresyjnych.

Wiele osób nie zdaje sobie sprawy, że chorują na depresję, mimo że dostrzegają problemy z funkcjonowaniem. Czasami podejrzewają chorobę ogólnomedyczną, np. wtedy, gdy tracą na wadze. Obecność nieuzasadnionych badaniami ogólnymi objawów somatycznych (związanych z ciałem), może być wskazaniem do zwrócenia uwagi na potencjalne psychologiczne źródła stanu człowieka.

Niejednokrotnie w przebiegu depresji rozwijają się objawy somatyczne, czasami nawet są one dominujące – wówczas osoba ich doświadczająca może się zgłaszać do lekarza właśnie z powodu tych symptomów. Wśród nich wymienia się m.in.: bóle głowy, kołatania serca, bóle w klatce piersiowej i uogólnione bóle. Ale jak wspomniano, może też być odwrotnie – depresja może

się rozwinąć w przebiegu poważnych chorób ogólnomedycznych, dlatego też czasami konieczna może być opieka wielospecjalistyczna, z uwzględnieniem współpracy z psychiatrą.

U części pacjentów z ciężką depresją rozwijają się **objawy psychotyczne-urojenia** (zaburzenia myślenia polegające na silnym i niekorygowalnym przekonaniu pacjenta, że istnieją wokół niego zjawiska, osoby, rzeczy, wydarzenia, których tak naprawdę nie ma) i **omamy** (halucynacje; zaburzenie zmysłów – wzroku, słuchu, smaku, węchu, dotyku – polegające na realistycznym odczuwaniu doznania zmysłowego, mimo, że w otoczeniu nie ma adekwatnego bodźca/obiektu).

Myśli i tendencje samobójcze

Próba samobójcza i samobójstwo to katastrofalne sytuacje, często będące wstrząsającym finałem cierpienia psychicznego i skrajnej bezradności, zwykle w przebiegu zaburzeń psychicznych (ok. 80% przypadków samobójstw). Depresja (zwłaszcza o charakterze nawracającym i w przebiegu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego) jest zaburzeniem obciążonym największym ryzykiem wystąpienia myśli i tendencji samobójczych (szacuje się je na ok. 15-20%). Równocześnie próba samobójcza u osób z depresją jest zwykle tragicznym następstwem całego procesu, obejmującego wcześniej narastający pesymizm (aż po nihilizm myślowy), myśli o śmierci i myśli samobójcze (o różnym nasileniu i częstości), aż po tendencje samobójcze. Myślenie w tych kategoriach jest o tyle ważne, iż na każdym z powyższych etapów można choremu pomóc i uchronić go przed próbą samobójcza i śmiercią. Im wcześniej ta pomoc będzie zapewniona tym szanse ratunku są większe.

Jest to kolejny argument za tym, że osoba z depresją nie powinna zostawać sama ze swoimi objawami, trudnościami i problemami. Warto pomyśleć w ten sposób, że obecność myśli i tendencji samobójczych, to jeden z markerów nasilenia depresji, czyli są to zjawiska, o których warto i trzeba rozmawiać z bliskimi i lekarzem psychiatrą. Osoba doświadczająca



myśli o zakończeniu swojego życia nie jest winna temu ani nie chce tym sposobem niczego zamanifestować. Fatalnym mitem jest myślenie, że samobójstwo to przejaw słabości lub egoizmu. Przed problemem tym nie są uchronione także osoby odnoszące sukcesy – życie odebrało sobie wiele sławnych osób.

Priorytetem w takiej sytuacji jest zgłoszenie się po pomoc – taką, która zapewni adekwatne dla ryzyka samobójczego bezpieczeństwo (w skrajnych przypadkach może być wskazana hospitalizacja). Bliski kontakt z pacjentem chorym na depresję, a doświadczającym myśli samobójczych, może pozwolić na zauważenie różnych sygnałów zagrożenia omawianym kryzysem. Mogą to na przykład być skrajnie pesymistyczne wypowiedzi (np. „nie mam po co żyć, lepiej by było z tym skończyć”), chętne podejmowanie rozmów o tematyce śmierci, porządkowanie swoich spraw, pisanie testamentów, odwiedziny bliskich z wrażeniem „żegnania się” z nimi, narastające izolowanie się od otoczenia, przeglądanie Internetu pod kątem tematyki samobójczej, czy wreszcie – przygotowywanie stosownych środków (np. leków, sznura, ostrych narzędzi).



Warto podjąć wszelkie środki, które pozwolą na powstrzymanie procesu myślowego prowadzącego do samobójstwa, jednym z nich jest otwarta rozmowa na ten temat z kimś bliskim. To może częściowo zmniejszyć napięcie psychiczne i poczucie bezradności i być kierunkiem do osłabienia myśli samobójczych. Nigdy nie należy lekceważyć pojawiania się myśli i tendencji samobójczych – takie osoby powinny być objęte szczególną opieką i intensywnym leczeniem.

Lęk w depresji

Lęk (choć nie jest wymieniany w kryteriach diagnostycznych depresji – gdyż występuje też w innych zaburzeniach psychicznych) jest jednym z najczęstszych objawów tej choroby. Różnego rodzaju objawy lękowe występują u ponad 90% pacjentów cierpiących na depresję. Najczęściej jest to lęk stale utrzymujący się, falujący, bez konkretnej przyczyny (nieokreślony), zwykle ma charakter przewlekły. Jego nasilenie bywa zmienne, np. stopniowo narasta i zmniejsza się (lęk wolno płynący), często jest umiejscawiany przez pacjenta „gdzieś w środku ciała", np. w klatce piersiowej. Może mu towarzyszyć zamartwianie się i pesymistyczne oczekiwania odnośnie przyszłości (niekorzystne zdarzenia, poczucie zagrożenia). Nasilony lęk u osób cierpiących na depresję może doprowadzać do pobudzenia psychoruchowego (nadmierna aktywność ruchowa, związana z poczuciem wewnętrznego napięcia). Przejawiać się ono może występowaniem stanów złości czy drażliwości, niepokoju, napięcia, z poczuciem nasilonego cierpienia psychicznego (osoby takie odczuwają nerwowość, niepokój, przytłoczenie, brak kontroli, strach, panikę). Czasami stan pobudzenia jest tak nasilony, że dana osoba nie jest w stanie normalnie funkcjonować.

Poza pojedynczymi objawami lękowymi będącymi elementem obrazu depresji, w przebiegu epizodu depresyjnego mogą wystąpić objawy spełniające kryteria konkretnych zaburzeń lękowych. W takiej sytuacji mamy do czynienia z tzw. **podwójnym rozpoznaniem** (równoczesne rozpoznanie epizodu depresji oraz danego zaburzenia lękowego) – co dotyczy ok. 60-70% pacjentów z depresją.

Wśród zaburzeń lękowych najczęściej spotykanych u osób cierpiących na depresją wymienia się:

Zaburzenie lękowe z napadami lęku
inaczej: zespół lęku napadowego, zespół lęku panicznego
- jedno z częściej występujących zaburzeń lękowych:
dotyka około 3–6% populacji, częściej występuje u kobiet
– to stan, w którym występują powtarzające się epizody nagłego, bardzo nasilonego lęku, często z poczuciem nadciągającej katastrofy. Osoby cierpiące na to zaburzenie w trakcie napadu często doświadczają lęku przez zawałem, wylewem, uduszeniem się, „zwariowaniem", pełną utratą kontroli. Towarzyszą temu bardzo dokuczliwe (i wtórnie nasilające lęk) przykre doznania somatyczne, jak kołatanie serca, duszność, uczucie gorąca, drżenia, omdlewania, zawroty głowy. Częstość występowanie napadów paniki może się wahać od kilku dziennie do kilku rocznie. Gwałtownie narastający epizod nasilonego lęku często jest przez pacjenta postrzegany, jako zaskakujący, niezwiązany z innymi czynnikami/przyczynami, a osoba go doświadczająca ma poczucie braku kontroli nad jego wystąpieniem i przebiegiem. Dlatego też u tych osób często pojawiają się obawy przed ponownym wystąpieniem napadu lęku i czujne wsłuchiwanie się w swoje reakcje somatyczne i psychiczne (tzw. lęk antycypacyjny). W przebiegu zespołu lęku panicznego czasami dochodzi do nasilonych obaw przed przebywaniem w określonych miejscach (skojarzonych z ryzykiem napadu paniki – wraz z unikaniem takich sytuacji), w obawie, że może w nich dojść do „napadu". Taki stan określany jest agorafobią, a zwykle dochodzi do unikania miejsc, w których pojawia się poczucie, że można by było trudno się z nich wydostać, czy uzyskać pomoc w razie wystąpienia napadu paniki (np. sklepy, galerie handlowe, środki komunikacji, kościoły, kina i teatry, windy). Zaawansowane unikanie o typie agorafobii może znacząco upośledzać codzienne funkcjonowanie i realizowanie potrzeby kontaktów społecznych oraz swoich zadań, zainteresowań.

Zaburzenie lękowe uogólnione
inaczej: zespół lęku uogólnionego, GAD

– to stan przewlekłego zamartwienia się i ciągłego lęku, nieproporcjonalnie mocno nasilonych w stosunku do realnych faktów i okoliczności będących ich źródłem. Polega to na „martwieniu się na zapas" – co zwykle dotyczy różnych i niekoniecznie bardzo istotnych problemów, z pesymistyczną i lękową oceną przyszłości. Osoba taka jest w stanie ciągłego, męczącego napięcia i czujności (z niemożnością odprężenia się), w przewidywaniu, że wkrótce może wydarzyć się coś niekorzystnego, z negatywnymi konsekwencjami. Stanowi temu towarzyszą objawy somatyczne m.in. bóle głowy, zaburzenia snu, nadmierne napięcie mięśniowe, uczucie duszności i ucisku w klatce, kołatania serca i inne. Osoba ciepiąca na zespół lęku uogólnionego ma zwykle świadomość, że doświadczane lęki i martwienie się mają charakter nadmierny, jednak nie jest w stanie tych przykrych stanów opanować. Zaburzenie lękowe uogólnione można rozpoznać, gdy opisywane objawy utrzymują się przez większość czasu w okresie, co najmniej 6 miesięcy. Konsekwencją tego stanu jest najczęściej mniejszego lub większego stopnia upośledzenie funkcjonowania w różnych obszarach życia. Zespół lęku uogólnionego dwukrotnie częściej dotyka kobiet.



Fobia społeczna / *zespół lęku społecznego*
– jest bardzo częstym zaburzeniem, szacuje się, że występuje u około 3–13% osób z populacji ogólnej. Objawy najczęściej rozpoczynają się w okresie nastoletnim (często poprzedzone nadmierną nieśmiałością) i nieleczone mogą przyjmować postać chroniczną, znacznie upośledzając codzienne funkcjonowanie społeczne i zawodowe. U osób tych występuje silny lęk o charakterze społecznym (związany z obecnością obserwatora lub obserwatorów) najczęściej związany z obawami przed kompromitacją lub poniżeniem w takich sytuacjach, jak np. publiczne przemawianie, spotkania towarzyskie, podejmowanie rozmów. Czasami już samo wyobrażenie sobie takiej sytuacji może prowadzić do rozwinięcia się nasilonego lęku. Temu ostatniemu towarzyszą przykre doznania, objawy wegetatywne takie jak m.in.: czerwienienie się, uczucie duszności i „gorąca", kołatanie serca, nadmierne pocenie się, drżenie rąk i mięśni. Osoba doświadczająca zespołu leku społecznego jest zwykle przekonana, że powyższe objawy są dla wszystkich widoczne i dodatkowo ją ośmieszają. Choć pacjent (czasami) zdaje sobie sprawę z nieadekwatności swoich lęków, nie jest jednak w stanie nad nimi zapanować. Wywołują one istotne cierpienie psychiczne, co dodatkowo prowadzi do unikania lękorodnych sytuacji, czyli – potencjalnie znacznie ogranicza różne aktywności takiej osoby i może prowadzić do izolowania się społecznego.

U wielu pacjentów z zaburzeniami lękowymi równocześnie występują objawy więcej niż jednego spośród powyższych i innych zaburzeń lękowych. Inne zespoły należące tej grupy problemów psychicznych to np. **zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne** (*OCD*) oraz **zaburzenie stresowe pourazowe** (*PTSD*).

U niektórych osób objawy lękowe są tak wyraźne, że występują w porównywalnej proporcji do symptomów depresji – wówczas spełnione są kryteria rozpoznania *zaburzenia depresyjnego i lękowego mieszanego.*

Leczenie lęków w depresji

Leczenie osób cierpiących na zaburzenia lękowe najczęściej polega na stosowaniu odpowiedniej farmakoterapii i/lub psychoterapii. Krótkoterminowo można stosować typowe leki przeciwlękowe (pochodne benzodiazepiny), ale ze względu na ryzyko tolerancji (stopniowa utrata efektywności) i uzależnienia, nie jest to dobry wybór pod kątem leczenia długoterminowego. Ten ostatni cel realizuje się zazwyczaj za pomocą leków przeciwdepresyjnych o działaniu przeciwlękowym, takich jak wybiórcze inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI), mirtazapina, wortioksetyna i inne. Jedną z nowych opcji farmakoterapii lęków jest obecnie pregabalina, a ponadto stosuje się szereg innych leków (np. buspiron, opipramol). Zwykle wskazane jest również postępowanie psychoterapeutyczne, które należy dobierać stosowanie do możliwości i potrzeb/preferencji pacjenta. Jedną z preferowanych metod jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT). Niejednokrotnie największe korzyści można odnieść z równoczesnego zastosowania farmako- i psychoterapii. W uproszczeniu można powiedzieć, że pierwsza metoda przynosi szybszą, lecz mniej trwałą poprawę, a druga – poprawę późniejsza i zwykle trwalszą, a poza tym u wielu pacjentów stwarza warunki do odstawienia leków.

Depresja w przebiegu zaburzeń lękowych

Możliwa jest również odwrotna zależność – wystąpienie objawów depresyjnych lub rozwinięcie się depresji u osób cierpiących na zaburzenie lękowe. Przewlekle występujące i nasilone objawy lęku napadowego lub uogólnionego (oraz ich frustrujące konsekwencje – unikanie, wycofywanie się, niepowodzenia) może prowadzić do wtórnego obniżenia nastroju, anhedonii, męczliwości i innych objawów depresji. Ryzyko rozwinięcia się omawianej choroby u osób z zaburzeniami lękowymi wynosi około 40-50%.



Ocenia się również, iż ponad połowa zachorowań na depresję poprzedzona jest obecnością innego zaburzenia psychicznego, z czego blisko 70% stanowią właśnie zaburzenia lękowe.

Równoczesne występowanie objawów depresyjnych i lękowych wiąże się z tym, iż symptomy każdego z tych zaburzeń są bardziej nasilone, niż u pacjentów cierpiących tylko na jedno z tych zaburzeń. Towarzyszy temu również większe cierpienie i upośledzenie funkcjonowania w różnych obszarach życia. Współwystępowanie objawów lękowych i depresyjnych wiąże się też z większą częstością i intensywnością „samoleczenia" za pomocą alkoholu lub np. pochodnych benzodiazepiny, co wiąże się z większym ryzykiem uzależnienia od tych substancji. Powikłanie to znacząco utrudnia funkcjonowanie pacjenta oraz proces diagnostyczno-terapeutyczny (niejednokrotnie konieczna jest współpraca z terapeutą uzależnień). Osoby te są ponadto bardziej obciążone ryzykiem wystąpienia myśli i tendencji samobójczych. Istotne jest również to, iż jednoczesna obecność zaburzenia lękowego i depresyjnego może niekorzystnie wpływać na wyniki leczenia, osoby te wymagają intensywniejszej terapii.

Depresja i alkohol



Depresja (zwłaszcza przy współwystępowaniu objawów/zaburzeń lękowych) jest jednym z częstszych powodów picia i nadużywania alkoholu. Osoba doświadczająca przedłużającego się smutku, zniechęcenia i przygnębienia, poczucia winy, braku energii i ciągłego zmęczenia, z utratą możliwości odczuwania przyjemności, często w sposób naturalny szuka sposobu na stłumienie, odsunięcie od siebie tych nieprzyjemnych doznań. Jednym z nasuwających się wówczas rozwiązań może być myśl by się napić, poprawić sobie w ten sposób nastrój i mieć wszystko „z głowy". Celem picia alkoholu w stanie depresyjnym jest głównie poprawienie samopoczucia psychicznego i znieczulenie stanu bezradności. Poprawa ta – o ile występuje, a nie jest zwykłym i chwilowym „znieczuleniem" – zwykle trwa krótko. Czasami mimo to może się osobie cierpiącej wydawać atrakcyjną alternatywą wobec przykrego i przedłużającego się stanu depresyjnego. Picie alkoholu staje się wówczas próbą tak zwanego „samoleczenia depresji", czasami – próbą rozpaczliwą. Osobie pijącej niejednokrotnie wydaje się, że picie może być sposobem na nierozwiązane trudności. Alkohol, działając euforyzująco, może rzeczywiście przynieść krótkotrwałą ulgę, ale skutkiem picia jest jednak nasilenie zmian psychologicznych i biochemicznych związanych z wystąpieniem i utrzymywaniem się depresji. Powtarzające się próby poprawiania sobie nastroju i tłumienia przykrych objawów alkoholem, w obliczu czasowej „poprawy" z późniejszym pogorszeniem, mogą doprowadzić do rozwinięcia się „błędnego koła". Pozorna poprawa nastroju po wypiciu sprzyja wzmocnieniu schematu polegającego na sięganiu po alkohol w sytuacjach obniżonego nastroju, co niejednokrotnie prowadzi do nadużywania go i do wystąpienia ryzyka uzależnienia.

Taki proces może się nasilać i tym samym prowadzić do utrwalenia objawów depresyjnych. Powtarzalne stosowanie alkoholu przez osoby cierpiące na depresję często prowadzi do narastania potrzeby picia – psychika i cały organizm potrzebuje coraz częściej i coraz większych dawek alkoholu. Równocześnie do głosu zaczynają dochodzić problemy związane z samym piciem – takie jak pogorszenie sytuacji finansowej i stanu zdrowia danej osoby, konflikty i zaniedbania w rodzinie oraz w pracy i inne. Wystąpienie negatywnych skutków picia przyczynia się do dalszego obniżenia samooceny, narastania poczucia wstydu i winy – alkohol przestaje „pomagać", a w zamian przynosi oraz więcej szkód i może nasilać/utrwalać stan depresyjny.

Warto też podkreślić,
że samo nadużywanie alkoholu może być tak zwaną maską depresji i że często pod zjawiskiem nadużywania/uzależnienia od alkoholu kryje się nierozpoznana depresja.

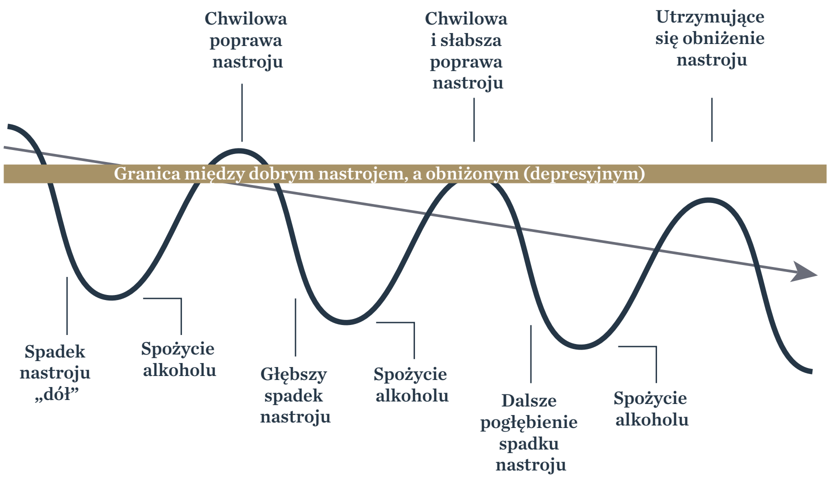
Zależność między depresją a piciem/nadużywaniem alkoholu może być dwojaka. Wystąpienie objawów depresyjnych może poprzedzać picie (z ewentualnym późniejszym uzależnieniem od alkoholu). Czasami jednak depresja rozwija się u osoby wcześniej zdrowej – jako skutek picia, związanych z tym szkód i utrat, w tym uzależnienia.

Równoczesne występowanie depresji i uzależnienia od alkoholu zdarza się dość często (w obu grupach – osób cierpiących z powodu depresji i osób uzależnionych od alkoholu), a oba zaburzenia wzajemnie i niekorzystnie na siebie wpływają. U osób uzależnionych od alkoholu ryzyko występowania zaburzeń depresyjnych jest dwa razy większe niż w populacji ogólnej. Natomiast u pacjentów leczonych z powodu depresji częstość występowania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu sięga 40%.

Depresja u osoby nadużywającej alkoholu może być też skutkiem tak zwanego **zespołu abstynencyjnego** (przykre i nieprzyjemne objawy występujące po nagłym przerwaniu picia alkoholu lub znaczącym zmniejszeniu jego ilości), co może sprzyjać powrotowi do picia. Z kolei u osób uzależnionych i zachowujących abstynencję objawy depresyjne mogą być przejawem **„głodu alkoholowego"**, który (zwłaszcza w tej manifestacji) zwiększa ryzyko powrotu do picia i do pełnoobjawowej choroby alkoholowej.

Współwystępowanie depresji i nadużywania alkoholu istotnie zwiększa ryzyko zachowań samobójczych i samobójstwa dokonanego.

Rycina pokazująca stopniowe opadanie sinusoidy nastroju – alkohol poprawia, potem „dół", znów częściowa poprawa i większy „dół" itd.



Trzeba też zwrócić w tym momencie uwagę na fakt, iż picie alkoholu negatywnie wpływa na sam proces leczenia depresji. Substancja ta:

sama w sobie ma działanie depresjogenne,

nasila zaburzenia lękowe towarzyszące depresji,

pogarsza koncentrację uwagi i pamięć
oraz inne funkcje poznawcze,

wzmaga metabolizm leków przeciwdepresyjnych,
co prowadzi do zmniejszenia ich stężenia
(a tym samym – do mniejszej skuteczności leczenia),

może nasilać farmakologiczne działania niepożądane leków,

i wreszcie – ma toksyczny wpływ na mózg i cały organizm,
a szkody nim wywołane mogą być poważne i czasem
– nieodwracalne.



Nadużywanie alkoholu przez osobę cierpiącą na depresję może też niekorzystnie wpływać na współpracę pacjenta z lekarzem (np. zapominanie o konieczności regularnego przyjmowania leków, odstawianie leków z powodu działań niepożądanych wywołanych nadużywaniem alkoholu).

Trzeba również zauważyć, że picie alkoholu wpływa niekorzystnie na jakość i ilość snu (a bezsenność może się przyczynić do wystąpienia depresji i/lub pogarsza jej przebieg). Wprawdzie alkohol może czasami ułatwiać zasypianie, ale równocześnie pogarsza jego jakość i może wywoływać wybudzenia w II połowie nocy i/lub przedwczesne budzenie rano – z efektem niewyspania, przemęczenia i gorszym samopoczuciem/funkcjonowaniem w ciągu dnia. Dlatego problemów ze snem nie należy „leczyć" alkoholem – powinny być one niezależnym celem leczenia depresji.

Leczenie w przypadku współwystępowania depresji i nadużywania/uzależnienia od alkoholu może wymagać wielospecjalistycznego podejścia. Oprócz leczenia psychiatrycznego konieczna może być terapia uzależnienia.

*Warto z całą mocą ponownie podkreślić,
że leki przeciwdepresyjne zapewniają realną poprawę
u osób z depresją, a równocześnie nie uzależniają
(w przeciwieństwie do alkoholu!).*

Depresja a aktywność zawodowa
– zjawisko nieefektywnej obecności w pracy

Depresja wpływa niekorzystnie na wszystkie obszary życia. Równocześnie brak wiedzy i akceptacji oraz mity i presja otoczenia (w tym w miejscu pracy) mogą sprawiać, że osoba na nią cierpiąca może nie korzystać/rezygnować z leczenia (w tym ze zwolnienia lekarskiego) i starać się kontynuować pracę mimo poczucia nieefektywności w tym obszarze. Wyniki badań potwierdzają, że depresja bywa jedną z najczęstszych przyczyn obniżenia



wydajności pracowników. W badaniach nad związkami między depresją i nieefektywną obecnością w pracy (**prezenteizm**) stwierdzono, że depresja (w początkowych okresach) obniża efektywność w pracy o co najmniej 10%. Stwierdzono również, że rozwijające się na skutek depresji zmniejszenie wydajności pracownika może być powodem zmiany pracy (często na gorzej opłacaną) lub nawet, bezrobocia.

Osoba taka przychodzi do pracy, fizycznie jest obecna i stara się wypełniać swoje obowiązki (prezenteizm), ale nie jest w stanie efektywnie wykonywać swoich zadań, co może nasilać wstyd (np. wobec współpracowników) i lęki (np. wobec pracodawcy). Tego typu reakcje są niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi i – oprócz opóźnienia podjęcia leczenia – mogą pogarszać przebieg depresji.

Pracownicy mogą decydować się na przyjście do pracy mimo złego stanu zdrowia z wielu powodów. Może to być obawa przed utratą pracy, obniżeniem zarobków, presja i poczucie uczciwości i lojalności (zwłaszcza w przypadku pracy zespołowej czy zmianowej – niechęć do obciążania swoimi obowiązkami innych współpracowników). Inne przyczyny takich postaw to poczucie bycia „niezastąpionym", duże zaangażowanie w pracę oraz wysoki poziom etyki pracy (z poczuciem, że skorzystanie ze zwolnienia lekarskiego jest czymś nieetycznym, nieaprobowanym, „uwielbianie" swojej pracy i poświęcenie się jej). Badania wskazują również, iż częściej skłonne do przyjścia do pracy mimo choroby są osoby niezadowolone z życia rodzinnego.

A tymczasem z punktu widzenia cierpiącego na depresję pracownika (ale również – pracodawcy) korzystniejsze w takich przypadkach by było podjęcie efektywnego leczenia (którego elementem – na zasadzie ochrony przed nadmiernym stresem psychologicznym – mogło by być zwolnienie lekarskie), tak aby szybciej uzyskać poprawę, z redukcją dysfunkcji, przyspieszając tym samym powrót do zdrowia i efektywnego, satysfakcjonującego funkcjonowania.

Nasilenie depresji

Nasilenia objawów depresji można podzielić na odpowiednie stopnie:

Ciężka depresja
– obecnych jest większość spośród wyżej wymienionych 9. objawów depresji i powodują one nasilone cierpienie i zaburzenie funkcjonowania

Umiarkowana depresja
– obecnych jest >5 objawów depresji koniecznych do postawienia rozpoznania, w tym dwa objawy podstawowe. Powodują one umiarkowane zaburzenie funkcjonowania

Łagodna depresja
– obecnych jest >5 objawów depresji koniecznych do postawienia rozpoznania, ale najczęściej nie więcej niż 6. Funkcjonowanie jest upośledzone w niewielkim stopniu

Depresja podprogowa (*subkliniczna*)
– obecnych jest <5 objawów depresji koniecznych do postawienia rozpoznania, a zatem rozpoznanie depresji nie jest możliwe. Ale objawy są jednak kłopotliwe i wywołują cierpienie/dyskomfort. Jeśli utrzymują się ponad 2 lata – do rozważenia jest rozpoznanie **dystymii**

Podział ten ma znaczenie w podejmowaniu decyzji o sposobach leczenia (*psychoterapia/farmakoterapia*) i jego warunkach (przychodnia/leczenie szpitalne).

Leczenie Depresji

Jakie są cele leczenia depresji?

Obecnie przyjmuje się, że celem leczenia depresji powinna być **remisja objawowa i funkcjonalna**, czyli:

1) całkowite ustąpienie jej objawów,

2) powrót osoby leczonej do optymalnego i satysfakcjonującego funkcjonowania.

Wprawdzie w pierwszym okresie terapii uwaga może być skupiona na odciążeniu pacjenta od szczególnie kłopotliwych objawów (np. myśli samobójcze, brak energii, męczliwość, smutek i lęki), jednak osiągnięcie samej poprawy objawowej nie jest wystarczające. W procesie leczenia należy dążyć do uzyskania **pełnej remisji** (całkowite ustąpienie objawów i powrót do funkcjonowania sprzed choroby). Pacjenci z depresją często mają minimalistyczne („depresyjne") podejście do swoich oczekiwań wobec terapii i mogą być „zadowoleni" już po wstępnym uzyskaniu odciążenia od najbardziej kłopotliwych objawów. Na każdym etapie terapii warto omawiać z lekarzem jej cele, które z czasem mogą się zmieniać – tak aby dążyć do pełnego powrotu do zdrowia i do optymalnego funkcjonowania.

Zbyt szybkie przerwanie leczenia lub poprzestanie na wstępnych celach terapii, nie tylko nie doprowadza osoby cierpiącej na depresję do optymalnego

samopoczucia, ale również zwiększa ryzyko nawrotu depresji. W wiarygodny sposób wykazano, że utrzymujące się „resztkowe" objawy depresyjne nie tylko pogarszają jakość życia i funkcjonowania, ale przyczyniają się do tego, że ponowne wystąpienie pełnoobjawowego epizodu depresji jest bardziej prawdopodobne.

Jakie są możliwości leczenia depresji?

Zasadniczo leczenie depresji zależy od jej nasilenia – inne podejście wskazane jest w przypadkach łagodnych, a inne – w umiarkowanej lub ciężkiej depresji.

Postępowanie w przypadku depresji o łagodnym nasileniu

W przypadku depresji o łagodnym nasileniu można skorzystać z przygotowanych przez profesjonalistów, ustrykturyzowanych poradników samopomocowych – w wersji książkowej lub dostępnych w Internecie. Szczególnie przydatne są programy oparte na zasadach terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). Dla niektórych osób korzystniejsze może być skorzystanie z indywidualnej lub grupowej terapii CBT albo z pacjenckich grup wsparcia (w szczególności dotyczy to osób z depresją w przebiegu innej, przewlekłej choroby – mogą się spotykać z innymi ludźmi, którzy maja podobne problemy i doświadczenia).

W łagodnej depresji leki przeciwdepresyjne zwykle nie są wskazane, z wyjątkiem pewnych szczególnych sytuacji. Może to dotyczyć m.in. osób, u których objawy utrzymują się mimo podjęcia innych działań terapeutycznych, osób z łagodną depresją w przebiegu innej przewlekłej choroby oraz tych, u których w przeszłości wystąpił epizod depresji o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu.

Postępowanie w przypadku depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim

Powszechnym i zalecanym sposobem leczenia depresji u umiarkowanym i ciężkim nasileniu są **leki przeciwdepresyjne**. Wykazano, że z ich zastosowaniem w tych stanach wiąże się zdecydowanie więcej korzyści niż wad. Uzyskanie tą drogą poprawy w zakresie nastroju, snu, energii motywacji (i innych), daje szanse na lepsze radzenie sobie z codziennymi wyzwaniami i problemami. Tym samym możliwe jest odwrócenie spirali niekorzystnych postaw i konsekwencji, na rzecz działań bardziej konstruktywnych i zapewniających danej osobie lepsze radzenie sobie zarówno z objawami jak i życiowymi wyzwaniami.

Trzeba pamiętać, że leki przeciwdepresyjne nie działają „natychmiast" (jak to ma miejsce np. w przypadku leków przeciwgorączkowych) – zwykle pierwsze korzyści z ich stosowania ujawniają się w ciągu 2-3 tygodni leczenia. Wówczas warto dokonać wraz z lekarzem wstępnej weryfikacji efektywności leczenia, z analizą na ile zostało ono prawidłowo dobrane. Z powyższego wynika, że nie należy odstawiać farmakoterapii np. po tygodniu, z powodu braku spodziewanych efektów (lub po osiągnięciu wstępnej poprawy). Pełnej oceny skuteczności danej farmakoterapii dokonuje się po 4-8 tygodniach leczenia – wprowadzając ewentualne wskazane korekty. Leki należy ponadto stosować przez 6-12 miesięcy od uzyskania pełnej poprawy, a później – remisji (leczenie podtrzymujące). Niektóre osoby odstawiają leki zbyt szybko, narażając się w ten sposób na większe ryzyko nawrotu objawów depresji.

Bardzo ważne jest regularne przyjmowanie leków, gdyż przerwy w farmakoterapii zmniejszają skuteczność leczenia lub wręcz uniemożliwiają uzyskanie poprawy i remisji.

Obecnie dysponujemy szerokim spektrum nowoczesnych, skutecznych i bezpiecznych leków przeciwdepresyjnych. Różnią się one między sobą pod względem profilu działania, co pozwala na indywidualny dobór leku dla pacjenta, zgodnie z zaobserwowanym obrazem klinicznym i potrzebami/oczekiwaniami danej osoby, chorobami współwystępującymi i przyjmowanymi lekami. W przypadku nieoptymalnego działania pierwszego schematu farmakoterapii (co dotyczy ok. 30-40% pacjentów), istnieje możliwość zmiany leczenia. Może to polegać na zmianie dawki, zamianie leku na inny lub dodaniu innego farmaceutyku.

Wprawdzie leki przeciwdepresyjne często mają równocześnie działanie przeciwlękowe, to nie mają potencjału uzależniającego (jak niektóre klasyczne leki przeciwlękowe/uspokajające).

Brak poprawy po ok. 3-4 tygodniach leczenia należy zgłosić lekarzowi, gdyż w tej sytuacji wskazane może być zwiększenie dawki leku, dodanie innego lub zmiana na innych lek. Również występowanie kłopotliwych działań niepożądanych należy zrelacjonować swojemu psychiatrze, tak aby mógł w porozumieniu z pacjentem wprowadzić odpowiednie korekty. Często nie są one konieczne, gdyż wiele działań niepożądanych występujących w początkowym okresie leczenia z czasem samoistnie mija.

Leki przeciwdepresyjne wprowadza się zwykle stopniowo, w celu uniknięcia/zmniejszenia nasilenia początkowych działań niepożądanych. Należy je przyjmować systematycznie, najlepiej codziennie, gdyż przerwy w farmakoterapii mogą się wiązać z wystąpieniem nieprzyjemnych objawów, a gdy są powtarzalne – zmniejszają skuteczność terapii. Zakończenie leczenia i jego sposób najlepiej uzgadniać z lekarzem. Leków zwykle nie należy odstawiać w sposób nagły ze względu na ryzyko wystąpienia nieprzyjemnych i/lub niepokojących objawów odstawiennych (które jednak nie świadczą o uzależnieniu od leku – ponownie warto podkreślić, że leki przeciwdepresyjne nie uzależniają).

Działania niepożądane

Farmakoterapia depresji niejednokrotnie wiąże się z ryzykiem wystąpienia **działań niepożądanych**. Zwykle są one jednak łagodne i najczęściej pojawiają się w trakcie rozpoczynania farmakoterapii, a po kilku dniach/tygodniach stopniowo ustępują. Wszystkie niepokojące i dłużej utrzymujące się skutki uboczne należy relacjonować swojemu lekarzowi prowadzącemu, tak aby można być wdrażać odpowiednie postępowanie zwiększające komfort leczenia (co zmniejsza ryzyko przerwania farmakoterapii).

Jednym z istotnych działań niepożądanych mogą być z**miany w zakresie apetytu powodujące zmiany wagi ciała**. Wzrost masy ciała może być zjawiskiem bardzo niepożądanym przez pacjenta – nie tylko z powodu samooceny ale też długoterminowych parametrów zdrowotnych. To jedna z częstszych przyczyn przerywania farmakoterapii przed osiągnięciem odpowiedniej i trwałej poprawy/remisji. Kolejnym istotnym, ale często pomijanym w dyskusji skutkiem ubocznym mogą być **zaburzenia funkcji seksualnych** (spadek/utrata libido, trudności z osiągnięciem orgazmu i inne) – również te objawy trzeba relacjonować lekarzowi, w celu omówienia ich wagi na danym etapie leczenia i ewentualnego poszukania strategii zaradczych.

Prawidłowo dobrany lek przeciwdepresyjny – stosownie do obrazu klinicznego występującego u danego pacjenta – nie powinien „otumaniać”, jednak niektóre leki z tej grupy mogą upośledzać zdolność do obsługi urządzeń mechanicznych (np. prowadzenie pojazdów), dlatego w trakcie farmakoterapii zawsze należy pytać lekarza o ten aspekt.

Pamiętaj:



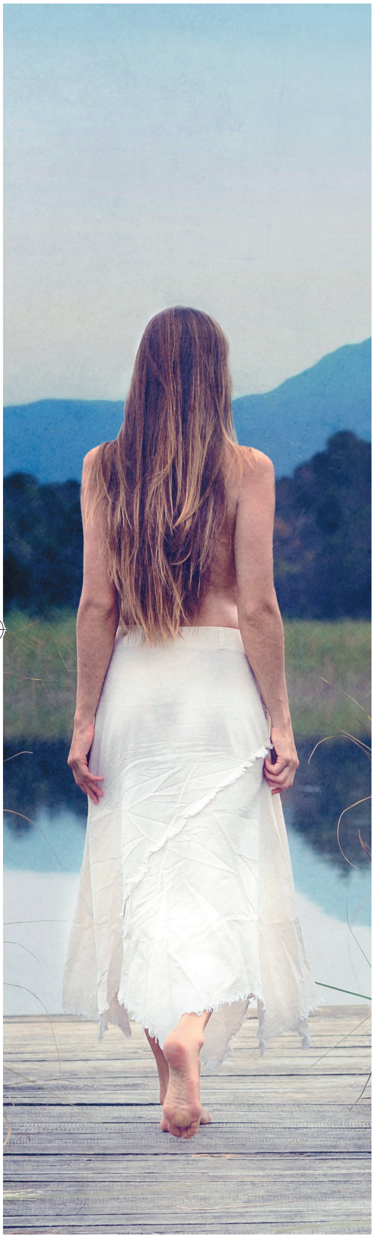
Zgłaszaj lekarzowi wszystkie niepokojące objawy występujące podczas farmakoterapii depresji.

Od tego zależy bezpieczeństwo i skuteczność leczenia.

To też szansa na odpowiednie zmiany dążące do redukcji nasilenia tych działań niepożądanych lub wręcz ich usunięcia.

Leki przeciwdepresyjne a inne farmaceutyki/choroby

Pacjenci z depresją niejednokrotnie chorują również na inne choroby, z powodu, których przyjmują rozmaite leki. Należy o tym informować lekarza psychiatrę, a to z dwóch powodów. Po pierwsze niektóre leki przeciwdepresyjne są przeciwwskazane w wybranych chorobach ogólnomedycznych. Po drugie substancje te mogą wchodzić w interakcje z innymi farmaceutykami, stosowanymi z powodu chorób współistniejących. Dobór farmakoterapii powinien być więc zindywidualizowany również z uwzględnieniem tych informacji.



Leki przeciwdepresyjne (oraz inne leki psychotropowe) mogą wchodzić w niekorzystne (a czasami niebezpieczne) interakcje z alkoholem – zawsze warto pytać swojego lekarza pytaj psychiatrę o możliwość spożywania alkoholu podczas farmakoterapii depresji.

Metody psychologiczne

Dostępne są różne metody leczenia psychologicznego. Każdy pacjent z depresją (i jego bliscy) wymagać może profesjonalnej psychoedukacji, której celem jest wyjaśnienie tego, co się z pacjentem dzieje, opisanie planowanych metod leczenia i poinformowanie bliskich o zalecanych postawach wobec pacjenta (ze zwróceniem uwagi, czego należy unikać).

Wśród metod ściśle terapeutycznych wymienia się m.in. terapię poznawczo-behawioralną (cognitive behavioural therapy – CBT), interpersonalną (interpersonal therapy – IPT), psychodynamiczną, terapię schematów, aktywizację behawioralną, terapię par i terapię wspierającą. Wybór odpowiedniej metody zależy m.in. od indywidualnych wskazań, jej dostępności oraz preferencji i możliwości pacjenta.



Inne metody postępowania

U części osób pomocna może być suplementacja kwasami tłuszczowymi omega 3. Warto też w ciągu dnia jeść regularne posiłki, nawet, gdy brak szczególnego „smaku do jedzenia". Osobom z depresją zaleca się zadbanie o sen oraz o unikanie przemęczania się (np. praca).

W łagodnych i umiarkowanych stanach depresyjnych wskazana może być **aktywizacja ruchowa** – najlepiej w takim zakresie, który w danym momencie jest możliwy do realizacji przez daną osobę. Nie należy jednak planować zbyt intensywnych treningów, gdyż brak sprostania takim wymaganiom (co w depresji jest realnym problemem) może nasilać frustrację i zniechęcenie, a ponadto – całkowicie zrażać

od aktywności ruchowej. Trzeba pamiętać, że w bardziej nasilonych stanach depresyjnych podejmowanie aktywności ruchowej może być w ogóle niemożliwe na początkowych etapach leczenia i może być wskazane dopiero po uzyskaniu odpowiedniej poprawy w zakresie energii, motywacji, napędu i nastroju.

Preparaty ziołowe z dziurawcem dostępne są w aptekach bez recepty. Ich stosowanie w depresji wydaje się dyskusyjne, gdyż ich działanie nie w pełni jest poznane, preparaty te nie są wystandaryzowane, czasami powodują działania niepożądane i wchodzą w interakcje z innymi przyjmowanym lekami.

U osób z tzw. **sezonowym zaburzeniem afektywnym** („depresja zimowa" – występowanie spadków nastroju i innych objawów depresyjnych głównie jesienią i zimą) wskazana może być **fototerapia**. To bezpieczna metoda leczenia niefarmakologicznego, polegająca na codziennym stosowaniu (w domu – w okresie jesieni i zimy) naświetlań specjalistyczną lampą (z natężeniem światła minimum 10 000 Luksów).

Czy i kiedy depresja może wrócić?

Pojedynczy epizod depresji na którymś z etapów życia jest zjawiskiem powszechnym. U niektórych osób depresja czasami jednak nawraca – nawet mimo wcześniejszego, skutecznego leczenia – wymagając ponownego włączenia terapii. Każdy kolejny epizod zwiększa ryzyko ponownych nawrotów i u niektórych osób wskazane może być długoterminowe przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych. W przypadku, gdy u podłoża depresji i jej nawrotów występują czynniki nerwicowe lub osobowościowe, wskazane może być podjęcie/kontynuowanie psychoterapii, dostosowanej do potrzeb indywidualnego pacjenta.

Zapamiętaj!

***N**ie duś problemów w sobie w nadziei, że „to minie". Porozmawiaj z kimś, komu ufasz o tym, co czujesz.*

***P**łacz w depresji nie jest przejawem słabości, a ujawnienie tego, z czym się zmagasz, okazywanie adekwatnych emocji zwiększa szanse na uzyskanie wsparcia i pomocy.*

***S**taraj się nie tracić nadziei – większość osób z depresją doświadcza poprawy i ustąpienia objawów. Staraj się o tym pamiętać.*

***S**próbuj odwracać uwagę od objawów depresyjnych poprzez czynności, które są dla ciebie dostępne, zwłaszcza takie, które dają (lub kiedyś dawały) przyjemność.*

***S**taraj się jeść posiłki regularnie nawet, jeśli nie odczuwasz głodu czy smaku do jedzenia.*

***N**ie nadużywaj alkoholu.*
Wprawdzie chwilowo możesz poczuć ulgę, alkohol może pogorszyć Twoje samopoczucie i sytuację .

***W** stanie depresyjnym nie podejmuj ważnych decyzji – Twoja ocena okoliczności może być zniekształcona przez chorobę (np. zaniżoną depresyjnie samoocenę lub pesymistyczne myślenie). O ile to możliwe odłóż decyzje (dotyczące pracy, miejsca zamieszkania, finansów, bliskich relacji) na czas, gdy depresja będzie mijała i będziesz mógł realniej ocenić sytuację. Jeśli jednak życie zmusza Cię do ważnych kroków – staraj się ewentualne decyzje omówić z kimś bliskim i zorientowanym w Twojej sytuacji.*

__I__nformuj swojego lekarza psychiatrę o ewentualnych pogorszeniach czy działaniach niepożądanych. A w szczególności – poinformuj go, gdy wystąpią myśli samobójcze. Omów z nim, co w takiej sytuacji należy zrobić – tak abyś był bezpieczny.

__W__ przypadku obecności myśli samobójczych – nie ukrywaj ich. Potraktuj je, jako objaw depresji, a nie powód do wstydu. Porozmawiaj z kimś bliskim, podziel się swoimi lękami, już to samo w sobie może przynieść ulgę. A poza tym – zwiększa się wówczas szansa na uzyskanie wsparcia/pomocy.

C*zasami w depresji pomocna może być – lub wręcz konieczna – przerwa w pracy. Pamiętaj jednak, że zbyt długi brak aktywności zawodowej może być niekorzystny, wywołując/nasilając problemy. Zbyt długie przebywanie w domu sprzyja pogłębieniu się depresji. Powrót do w miarę normalnego funkcjonowania i kontaktów społecznych może wzmocnić proces zdrowienia. Ten powrót powinien być adekwatny i dostosowany do Twoich możliwości.*

C*zasami depresję powodują problemy psychiczne, o których dana osoba nie chce mówić, wstydzi się ich. Jednym z przykładów może być fakt nadużycia seksualnego. Powiedz swojemu lekarzowi o tym, łatwiej będzie mu wspólnie z Tobą planować leczenie.*

Polecane strony internetowe:

http://depresja.org/

https://forumprzeciwdepresji.pl/

https://www.lundbeck.com/pl/

https://www.mp.pl/pacjent/
psychiatria/choroby/69882,depresja

http://twarzedepresji.pl/



Lundbeck Poland Sp. z o.o.
ul. Marszałkowska 142, 00-061 Warszawa,
tel.: (22) 626 93 00, fax. (22) 626 93 01
www.lundbeck.pl

PL-NPDEP-0002